

Недоношені діти



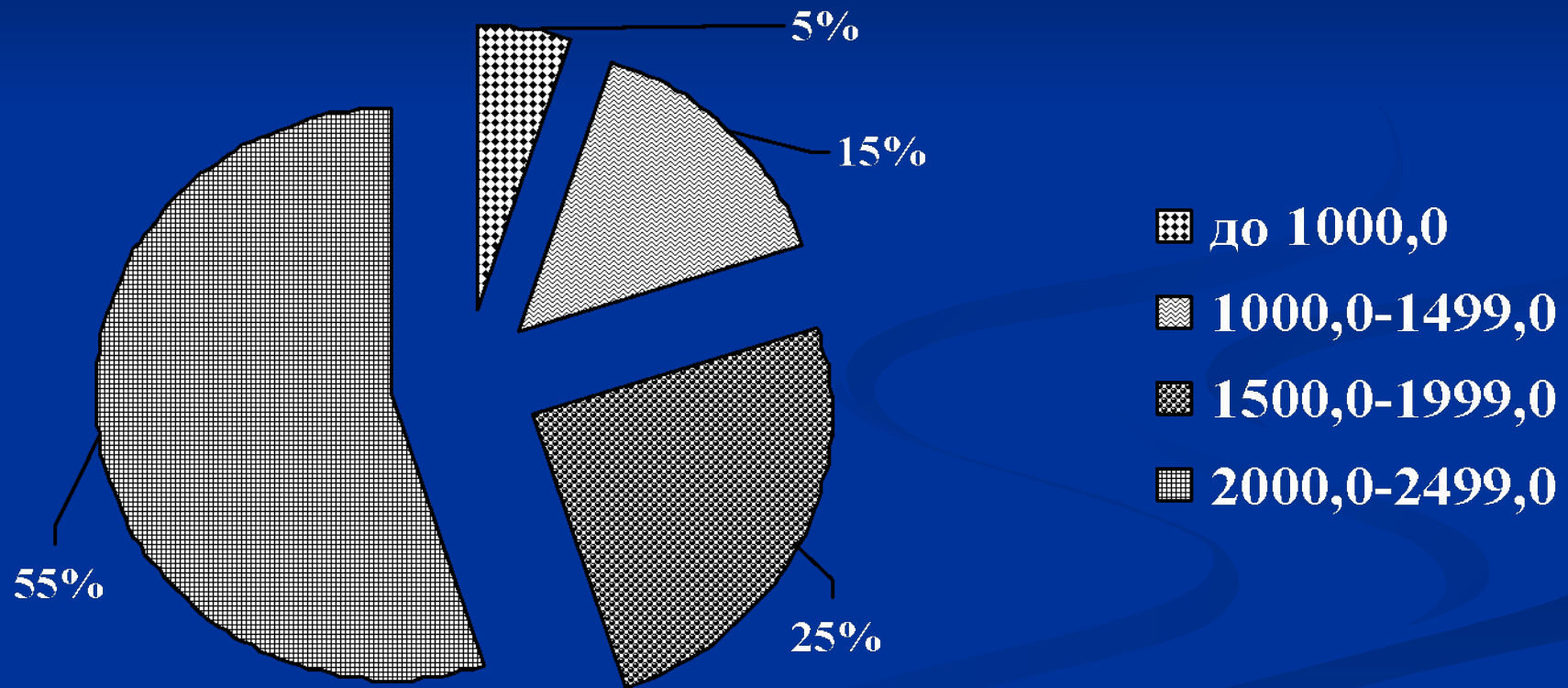
Лекція: доцент Стеценко В.В.

**В 2004 році народилось живими всього
415113 дітей, в тому числі 17537 передчасно народжених
дітей, що становить 4,22 %.**

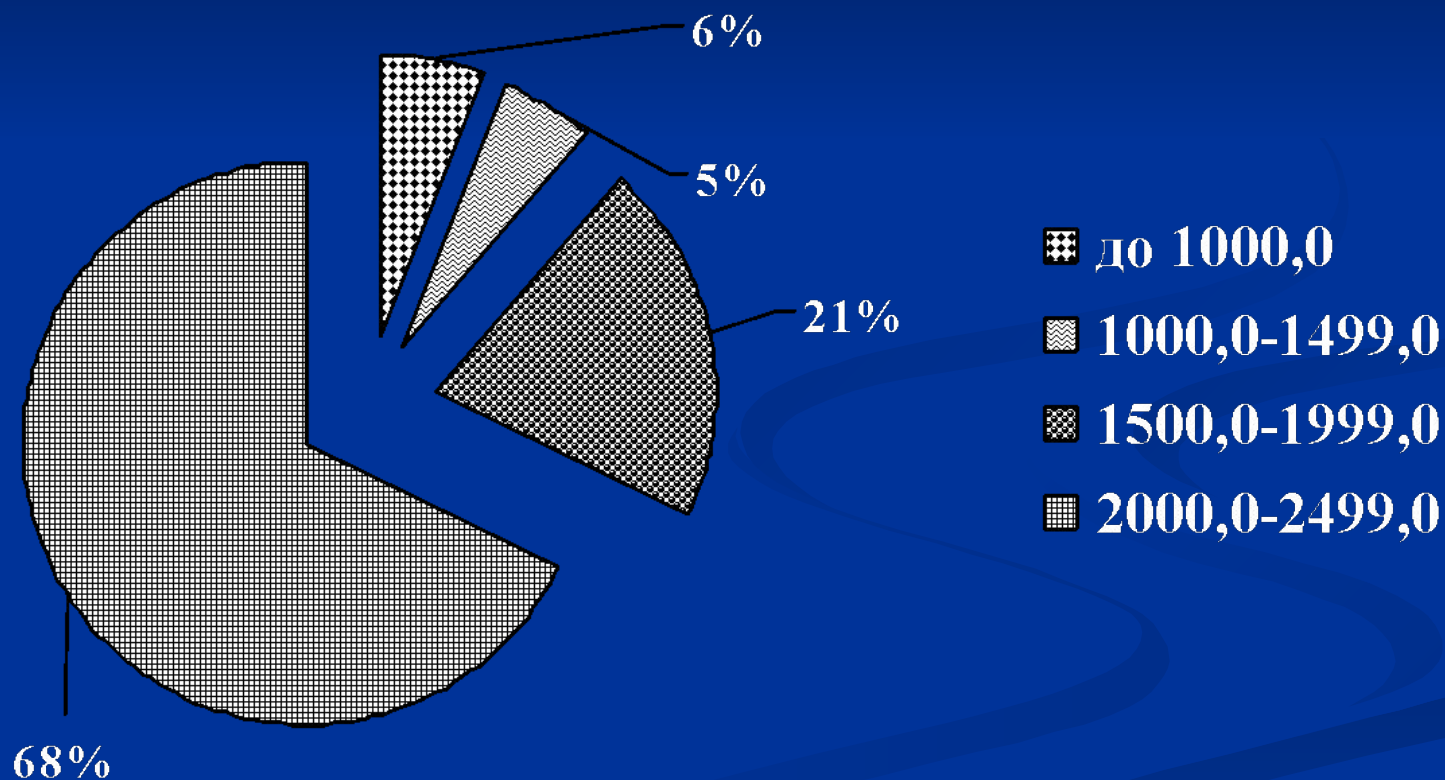
**Розподіл новонароджених дітей за масою тіла при народженні
(% від числа народжених живими):**

	2004	2003
500-1499,0 г -	0,57	0,60
у тому числі 500-999 г -	0,28	0,28
1500-1999 г -	1,09	1,03
2000-2499 г -	3,66	3,52
2500-2999 г -	15,94	15,50
3000-3499 г -	40,12	39,75
3500 г і більше -	38,59	39,63

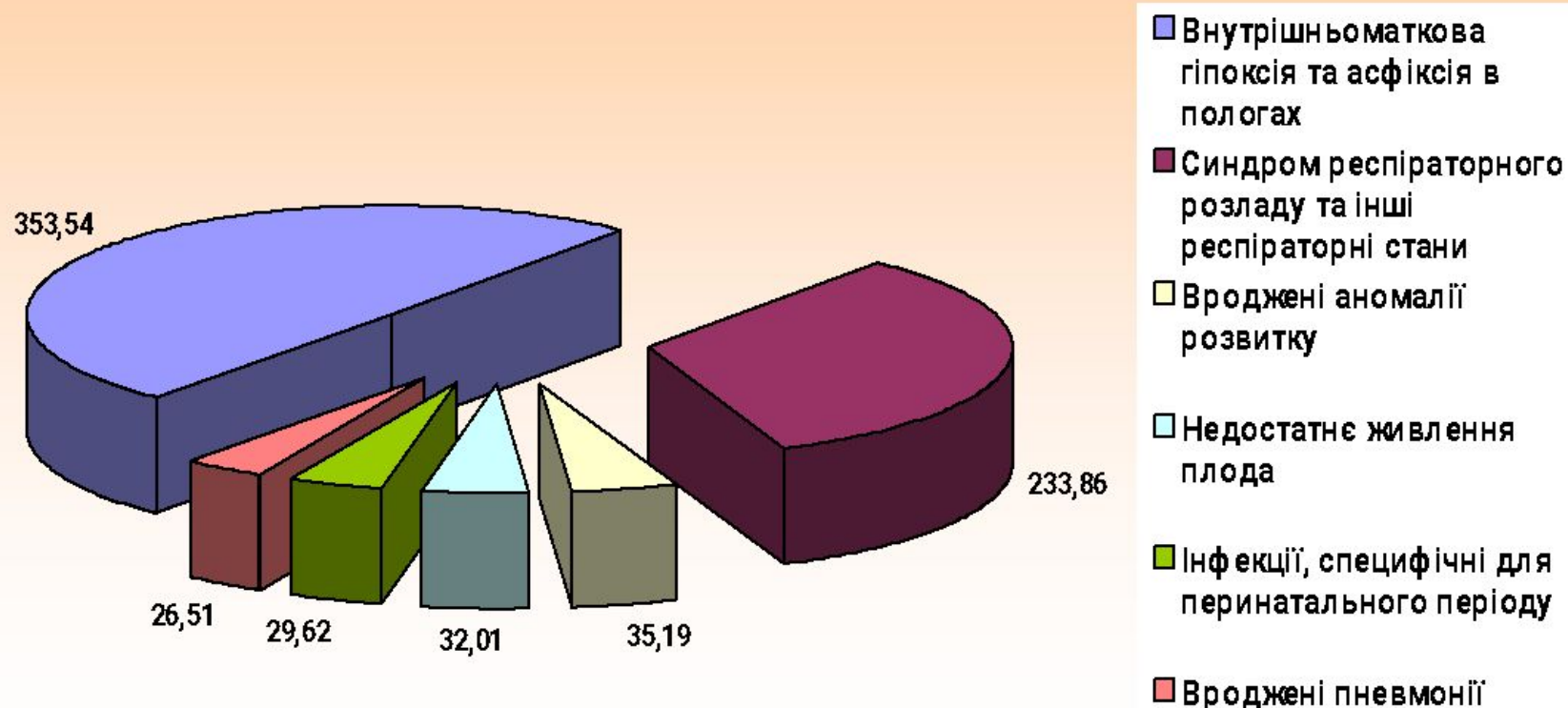
Структура недоношених дітей по масі тіла при народженні (дані міжнародних наукових досліджень)



Структура недоношених дітей по масі тіла при народженні в середньому по Україні за 1991-2004 рр.



Структура захворюваності передчасно народжених дітей, що народились з вагою 1000 г та більше в акушерських стаціонарах



Виживання недоношених дітей після перших 6 днів в окремих вагових групах

Маса тіла при народженні (г)	2001р.	2002р.	2003р.
500-999	24.35	27.55	29.60
1000-1499	85.39	87.58	88.04
1500-1999	92.83	93.44	94.40
2000-2499	97.98	97.99	98.12

Смертність недоношених з малою масою тіла (Л . Гундерсон , К. Кеннер).

Рік народження	менше 1000 г	1001-1500 г
1961-1966	93,9%	51,8 %
1971-1976	76.3 %	21,3 %
1981-1986	52,0 %	9,,9 %

Причини невиношування:

I група - соціально-економічні і демографічні фактори:

- харчування вагітної;
- характер медичного обслуговування;
- професійні шкідливості;
- сімейний стан матері, доходи її сім'ї;
- небажана вагітність;
- кліматичні та сезонні фактори.

Причини невиношування:

II група - соціально-біологічні фактори:

- вік батьків;
- шкідливі звички батьків;
- число попередніх медичних абортів, наявність спонтанних абортів;
- інтервал між пологами;
- результат попередньої вагітності, звичне невиношування;
- багатоплідна вагітність.

Причини невиношування:

III група - клінічні фактори:

З боку матері:

- інфекційні захворювання матері;
- ускладнення даної вагітності (токсикози, неправильне положення плода, аномальне прикріплення плаценти);
- хронічні соматичні захворювання матері;
- хронічні гінекологічні захворювання матері;
- оперативні втручання під час вагітності (лапаротомія);
- психічні і фізичні травми вагітної;
- імунологічна несумісність матері і плода;
- аномалії розвитку жіночих статевих органів (особливо матки).

Причини невиношування:

ІІІ група - клінічні фактори:

З боку плода:

- внутрішньоутробні інфекції;
- хромосомні захворювання плода;
- аномалії розвитку.

Основні фактори ризику:

- Кровотеча у матері перед пологами .
- Багатоплідна вагітність .
- Пологи в тазовому передлежанні.
- Відсутність стероїдної терапії для профілактики СДР.
- Перинатальна асфіксія.
- Чоловіча стать .
- Гіпотермія .
- Хвороба гіалінових мембран .

Ступені недоношеності:

- 1ст. - 35-37 тижнів;
- 2 ст. - 32-34 тижні;
- 3 ст. - 29-31 тиждень
(глибоконедоношені);
- 4 ст. - 28 тижнів і менше
(екстремально недоношені).

Залежність маси тіла від терміну гестації:

- 35-37 тижнів - 2001-2500 г.;
- 32-34 тижні - 1501-2000 г.;
- 29-31 тиждень - 1001-1500 г.;
- 28 тижнів і менше - 1000 г. і менше.

Немовлята з малою масою при народженні поділяються:

- Мала маса при народженні - менше 2500 г.
- Дуже мала маса при народженні - менше 1500 г.
- Екстремально (надзвичайно) мала маса - менше 1000 г.
- "Мікроновонароджені" - менше 800 г.



Ознаки недоношеності

- Непропорційна будова тіла .
- Виражена гіперемія шкіри (тонка, зморшкувата).
- Виражене lanugo.
- Підшкірно-жирова основа тонка.
- Зіяння статевої щілини.
- Порожня калитка.
- Недорозвиток нігтів на руках і ногах.
- М'які вушні раковини, вуха щільно притиснуті до голови і низько розміщені.
- Переважання мозкового черепа над обличчям.
- Мале тім'ячко завжди відкрите.
- Кістки черепа – м'які, податливі, незарощення швів.
- Недорозвиток грудних залоз.

Фактори перинатального ризику для недоношених дітей.

Соціально-економічне становище родини:

- житлові умови;
- обмеження можливості отримання медичної допомоги;
- недостатній рівень санітарної культури;
- несприятливі впливи зовнішнього середовища.

Фактори перинатального ризику для недоношених дітей.

Хвороби, що передаються статевим шляхом:

- гонорея, простий герпес, СНІД, гепатит, стрептококова інфекція;
- бактеріальний вагіноз.

Фактори перинатального ризику для недоношених дітей.

Медична допомога під час пологів:

- положення плода, метод ведення пологів;
- тривалість пологів;
- інфекції;
- хвороби матері;
- анестезія.

Діагностичні критерії недоношених дітей.

- Народження на 22 - 37 тижні гестації з масою тіла у більшості дітей від 1000 до 2500 г, довжиною тіла 34 -47 см, окружністю голови 24 -34 см, грудей -22-33 см.
- Функціональна та морфологічна незрілість організму: ЦНС, легеневої, серцево-судинної систем (гіпотонія м'язів, гіпорексія, гіпотермія, первинне недостатнє розправлення легень та ін.)
- Зниження співвідношення ліцетин/сфінгомієлін в навколоплідних водах, бронхіальному і шлунковому аспіратах.
- Зовнішні ознаки незрілості.

Діагностичні критерії недоношених дітей.

- Функціональна недостатність процесів саморегуляції і гомеостазу.
- Високі показники фетопротеїну.
- Пізній старт дозрівання захисних морфофункціональних структур.
- Висока частота набрякового синдрому в перші дні життя (40%), СДР (60-70%), ВЧК, вираженої і тривалої гіпербілірубінемії.

Шкала Сільвермана

(для недоношених немовлят)

Клінічні ознаки	Оцінка в балах		
	0	1	2
Рухи грудної клітки	<i>Груди і живіт рівномірно приймають участь в диханні</i>	<i>Аритмічне, нерівномірне дихання</i>	<i>Парадоксальне дихання</i>
Втягнений міжреберних проміжків	<i>Немає</i>	<i>Нерізко виражене</i>	<i>Різко виражене</i>
Втягнений грудини	<i>Немає</i>	<i>Нерізко виражене</i>	<i>Фіксується постійно, значне</i>
Положення нижньої щелепи	<i>Рот закритий, нижня щелепа (НЩ) не западає</i>	<i>Рот закритий, НЩ западає</i>	<i>Рот відкритий, НЩ западає</i>
Дихання	<i>Спокійне, рівне</i>	<i>При аускультатії затруднений видих</i>	<i>Стогнуче, чути на відстані</i>

- Оцінка 0 - відсутність СДР.
- Оцінка 2-3 бали - початкові ознаки СДР.
- Оцінка 4-5 балів - СДР середньої тяжкості.
- Оцінка більше 5 балів - СДР тяжкого ступеня.

Особливості транзиторних станів у недоношених

- Фізіологічна жовтяниця (наростає до 7-8 дня, утримується 3 тижні і довше, високі показники білірубіну, загроза білірубінової енцефалопатії, потребує лікування);
- Фізіологічна еритема (еритема до 2 тижнів яскраво-червоного кольору);
- Фізіологічна втрата маси складає 9-14%, відновлюється на 2-3 тиждень;
- Токсична еритема, гормональний криз, сечокислий інфаркт, транзиторна лихоманка не спостерігаються у недоношених немовлят.

Етапи виходжування недоношених дітей

- I. Пологовий будинок
- II. Спеціалізований відділ
- III. Дитяча поліклініка

Стратегія виходжування недоношених дітей

I. Реанімація та стабілізація в пологовому залі.

Стратегія медичної допомоги:

- Детальний та вчасно зібраний анамнез: анте- та інтранатальний.
- Підготовлений персонал: навики, що охоплюють всі етапи проведення серцево-легеневої реанімації, досвід в оцінці життєздатності та етичних питаннях, емоційна чутливість спілкуванні з матір'ю.
- Тепловий захист, вчасні інтубації, адекватна вентиляція, оксигенація.
- Оцінка по шкалі Апгар і по шкалі Сільвермана.
- Залучення допоміжних обстежень: лабораторна та рентгенологічна діагностика.
- Вирішення проблем, пов'язаних з дихальною системою: застосування сурфактанту, глибина введення ендотрахеальної трубки, "встановлення" об'єму легень.

Стратегія виходжування недоношених дітей

II. Легеневі проблеми, що виникають при виходжуванні недоношених дітей.

Стратегія надання медичної допомоги:

1. Застосування медикаментів:

- стероїди антенатально;
- сурфактант;
- стероїди постнатально;
- індометацин профілактично для профілактики ВАП.

Стратегія виходжування недоношених дітей

II. Легеневі проблеми, що виникають при виходжуванні недоношених дітей.

Стратегія надання медичної допомоги:

2. Вентиляція легень:

- врахування початкових параметрів і вибір методу оксигенотерапії;
- зменшення баротравми досягненням прийнятих газів крові;
- забезпечення рухливості ендотрахеальних трубок;
- особливі для недоношених дітей межі кисневої сатурації;
- стратегія "відлучення": дихання під позитивним парціальним тиском, носові канюлі.

Стратегія виходжування недоношених дітей

III. Серцево-судинні проблеми

Стратегія надання медичної допомоги:

1. Підтримання стабільності гемодинаміки:

- повний спокій;
- адекватна оксигенотерапія;
- обережне проведення інфузійної терапії (краплинно в/в з швидкістю 5-10 мл/год.).

2. Лікувальні заходи при ВАП.

Інфузійна терапія



Стратегія виходжування недоношених дітей

IV. Рідина та електроліти.

Стратегія медичної допомоги:

- Врахування співвідношення рідини та електролітів після народження і пізніше (дисбаланс електролітів, об'єм рідини, що призначається).
- Щоденне зважування дитини.
- Ретельний облік введеної і виведеної рідини (враховуються всі розчини, промивання катетерів і струминні введення медикаментів, контроль діурезу і випорожнень).
- Підтримка вологості для зменшення втрат рідини диханням і поверхнею шкіри.
- Контроль кислотно-лужної рівноваги з урахуванням функції нирок, використання діуретиків та нефротичних ліків.
- Ретельний аналіз і обережна корекція електролітного дисбалансу.

Стратегія виходжування недоношених дітей

V. Вигодовування.

Стратегія медичної допомоги:

- Індивідуальність вигодовування з урахуванням ступеня недоношеності, зрілості дитини та його стану (зонди, соска, груди матері).
- Максимальне використання свіжого материнського молока.
- Раннє використання парентерального годування.
- Застосування харчових додатків (калорії, вітаміни, залізо).
- Ретельний контроль антропометричних даних для аналізу достатності харчування.

Стратегія виходжування недоношених дітей

VI. Імунологічні аспекти.

Стратегія медичної допомоги:

- Вчасне призначення антибіотиків при ризику інфекції.
- Ретельний бактеріологічний контроль дитини та всього, що з нею стикається.
- При появі найменшого інфекційного вогнища ведення дитини як з групи високого септичного ризику.
- Висока частота назокоміальних інфекцій спричиняє ретельний та суворий епідеміологічний контроль та проведення протиепідемічних заходів.

Стратегія виходжування недоношених дітей

VII. Печінкові проблеми.

Стратегія:

- Консервативне лікування гіпербілірубінемії з застосуванням фенобарбіталу, фототерапії та дезінтоксикаційної терапії.
- Зниження кратності введення ліків у порівнянні з доношеними дітьми.



Стратегія виходжування

недоношених дітей

VIII. Проблеми пов'язані з ЦНС.

Стратегія:

- Забезпечення стабільності гемодинаміки.
- Забезпечення стабільності зовнішніх впливів (макс. повний спокій, обмеження лікарських оглядів та процедур, індивідуальне лікування).
- Контроль динаміки неврологічних симптомів.
- Нейросонографічний контроль (УЗД головного мозку в динаміці).
- Динамічне тривале спостереження невропатологів.
- Рання реабілітаційна допомога при потребі.

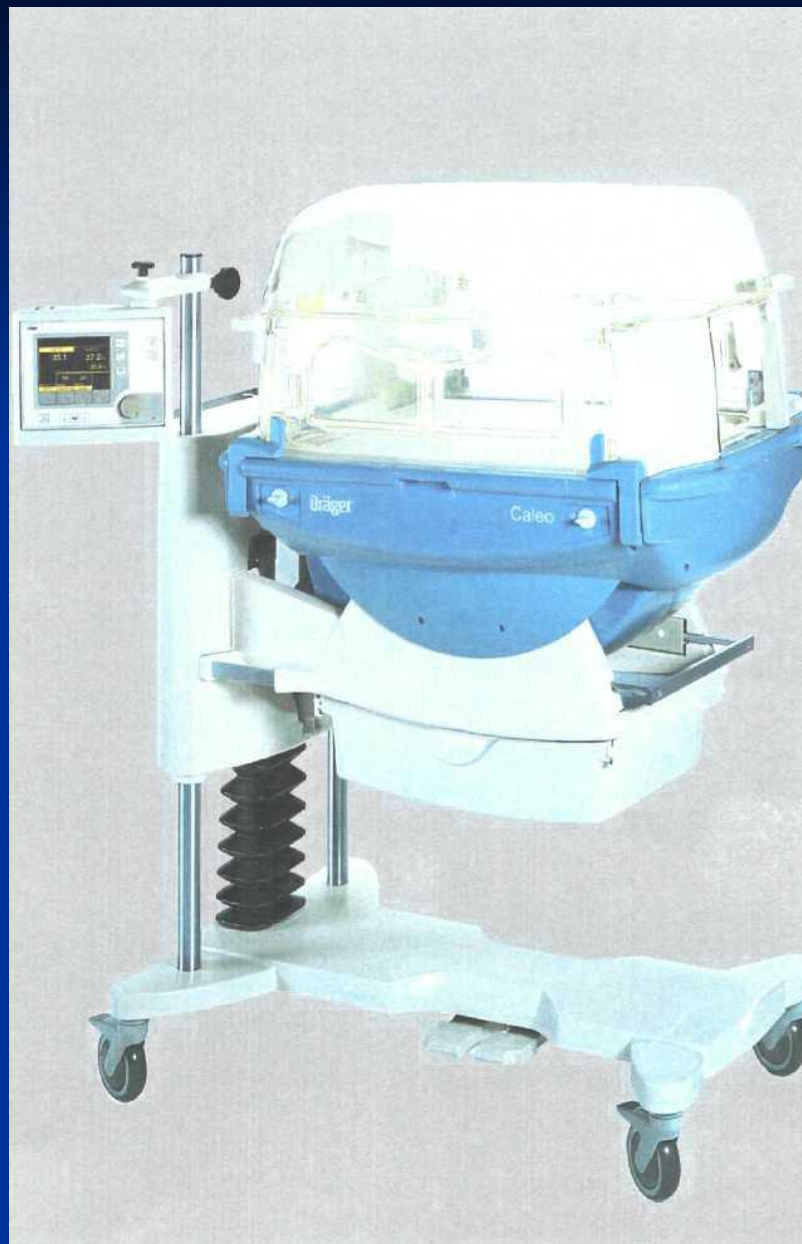
Стратегія виходжування недоношених дітей

ІХ. Терморегуляція.

Стратегія:

- В пологовому залі: висушування, теплі пелюшки, шапочки, променеві обігрівачі.
- Променеві обігрівачі при проведенні процедур.
- Огляд дитини лише через відкриті віконечка кювезу.
- Ретельний контроль t° режиму кювезу.
- Часта заміна пеленок.
- Одяг дитини: шапочки, шкарпетки.
- Ліжечка з обігрівом, використання грілок.

Інкубатор для новонародженого





Для запобігання
охолодження дитини
використовують:

- * джерела променевого
тепла ,
- * ліжечка, що мають
підогрів,
- * кувети



Стратегія виходжування недоношених дітей

Х. Догляд за шкірою.

Стратегія:

- Максимальна чистота шкіри і використання змажуючих стерильних засобів (переварена олія).
- Обмежити фіксування на шкірі катетерів, датчиків, і т. п. лейкопластирем чи клейкими речовинами.
- Уникати використання розчинів для зняття клеючих речовин і фіксаторів.
- Купати в стерильній теплій воді.
- Використання стерильної білизни.
- Ретельна антисептична обробка будь-яких порушень цілості шкіри.
- Збирати кров на дослідження ч/з пупковий катетер, пізніше дослідження проводити лише при суворій необхідності.















Основні принципи диспансеризації недоношених немовлят

- Динамічний нагляд за фізичним і психомоторним розвитком;
- Контроль за проведенням раціонального вигодовування;
- Профілактика, рання діагностика та лікування рахіту, анемії;
- Своєчасне виявлення та лікування неврологічних і ортопедичних порушень, порушень функцій зору і слуху;





Профілактика народження недоношених дітей

1. Охорона здоров'я майбутньої мами, починаючи з дитинства;
2. Запобігання медичним абортам;
3. Створення сприятливих умов для вагітної в сім'ї та на виробництві;
4. Своєчасне виявлення вагітних із загрозою передчасних пологів.

Отже, необхідною умовою виходжування недоношеної дитини є не тільки увага і професійна кваліфікація лікарів, але й бажання і розуміння батьків. Тільки спільними зусиллями медицини та сім'ї можна досягти найкращих результатів.





Дякую за увагу!

